

令和 年 月 日

福島県立西郷支援学校長 様

保護者氏名 _____ 印

服薬等の依頼書（常時・臨時）

下記の通り、保護者に代わり薬の服薬および管理を依頼します。

1 児童生徒氏名 小・中・高 年 氏名 _____

2 医療機関について _____ 病院・医院・クリニック

3 服薬等の状況

◆「薬の説明書」や「お薬手帳」のコピーなど、内容がわかるものを併せてご提出ください。

◆服薬の際の指示や注意点を直接主治医に伺ってご記入ください。

薬が必要な理由			
期 間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () ※学校で服薬する期間を記入してください		
	薬の名前と1回の量	時間	使用する部位
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
服薬等の方法 あてはまるものに ✓または○を付ける	<input type="checkbox"/> 自分で袋をあけて飲む <input type="checkbox"/> 袋から薬を出して渡すと飲む <input type="checkbox"/> 薬を口の中に入れて飲む ⇒ (そのまま / 水に溶いて飲ませる / スプーンで口に入れる) <input type="checkbox"/> 外用薬を自分で塗布・点眼・点鼻 (できる / 介助が必要) <input type="checkbox"/> その他 ()		
主治医からの 指示・注意点			
保存方法	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()		

注意点 ①市販薬や、学校で判断を必要とする薬はお預かりできません。

②学校で管理できる薬は、常時服薬の場合は最大5日分、臨時薬の場合は当日1回分ずつを原則とします。薬の外包に日付と名前を必ず記入してください。

記入の仕方

保護者氏名 □□ □□

印

服薬等の依頼書（常時・臨時）

どちらかに○を付けてください。※風邪など一時的な服薬は「臨時」となります。

1 児童生徒氏名 小・中・**高** ○年 氏名 □□ ◇◇◇

2 医療機関について ▲ ▲ ▲ 病院・医院・クリニック

3 服薬等の状況

◆「薬の説明書」や「お薬手帳」のコピーなど、内容がわかるものを併せてご提出ください。

◆服薬の際の指示や注意点を直接主治医に伺ってご記入ください。

薬が必要な理由	情緒安定 / 便秘 / アレルギー / 風邪 のため など		
期間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () ※処方箋に従い、学校で服薬する期間を記入してください		
	薬の名前・量	時間	使用する部位
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
	(包・錠・ml・滴)	食前・食後・他 ()	
服薬等の方法 あてはまるものに ✓または○を付ける	<input type="checkbox"/> 自分で袋をあけて飲める <input type="checkbox"/> 袋から薬を出して渡すと飲める <input type="checkbox"/> 薬を口の中に入れて飲める ⇒ (そのまま / 水に溶いて飲ませる / スプーンで口に入れる) <input type="checkbox"/> 外用薬を自分で塗布・点眼・点鼻 (できる / 介助が必要) <input type="checkbox"/> その他 ()		
主治医からの 指示・注意点	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()		
保存方法	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()		

薬の名前・用法容量は、処方されたとおりに記入してください。

外用薬の場合、右目・左目、手の平、足の親指など、薬を使用する部位を記入してください。

普段の様子から選択してください。